

DE LA CRÉATION
D'UN
URÈTRE CONTRE NATURE SUS-PUBIEN

APRÈS FERMETURE DE LA VULVE
DANS LES FISTULES VAGINALES INCURABLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TIOLLIER

Né le 8 Novembre 1867, à Aix-les-Bains (Savoie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juin 1894

DE LA CRÉATION
D'UN
URÈTRE CONTRE NATURE SUS-PUBIEN

APRÈS FERMETURE DE LA VULVE
DANS LES FISTULES VAGINALES INCURABLES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TIOLLIER

Né le 8 Novembre 1867, à Aix-les-Bains (Savoie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Paysique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène		ROLLET.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. JABOULAY et ROLLET (Ét.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PONCET

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Ce ne sont certes pas les procédés de traitement qui manquent contre les fistules vaginales. Depuis longtemps on s'est préoccupé de les guérir et dans ces dernières années surtout, où les méthodes autoplastiques ont fait de nombreux progrès dans toutes les branches de la chirurgie, on est arrivé à de grands succès. Et cependant tous ces procédés divers demeurent insuffisants dans un grand nombre de cas, pour toutes ces fistules que l'on peut appeler incurables et qui créent chez les femmes qui en sont atteintes une infirmité repoussante. Le suintement perpétuel et involontaire de l'urine constitue un véritable supplice chez ces malheureuses qui sont toujours souillées, qui exhalent une odeur repoussante que rien ne peut faire

disparaître, et dont la vulve et les cuisses sont le siège d'une irritation des plus pénibles.

On a bien du reste songé à les soulager, sinon à les guérir, et nombreux sont les procédés que l'on a employés pour cela. L'occlusion du vagin, l'abouchement du vagin dans le rectum, l'hystéro-kleisis ont tour à tour été proposés pour changer la situation de ces misérables. Mais toutes ces opérations sont demeurées insuffisantes ou inefficaces à procurer aux malades une amélioration notable et pouvant subsister pendant longtemps.

Se trouvant en présence d'une femme porteur d'une fistule qu'il avait déjà opérée souvent, M. le professeur Poncet eut l'idée de lui pratiquer une double opération, consistant dans la cystostomie sus-pubienne avec création d'un urètre contre nature sus-pubien, et dans l'occlusion de la vulve.

La cystostomie sus-pubienne est une opération nouvelle chez la femme ; mais elle a déjà fait ses preuves chez les prostatiques pour lesquels M. Poncet l'a créée. C'est du reste une opération bénigne par elle-même et dont les suites sont excellentes au point de vue fonctionnel par la création d'un urètre contre nature.

Après avoir établi ainsi une voie commode à l'émission de l'urine et des règles, M. Poncet a pratiqué la fermeture du canal vaginal ; et pour cela il emploie l'occlusion de la vulve, imitant par là, tout en la complétant, la conduite de quelques chirurgiens.

Nous tâcherons donc de montrer dans cette thèse que dans les fistules vaginales incurables (et le cadre en est étendu) la méthode de M. Poncet rend aux malades de grands services en les tirant de l'état lamentable où elles se trouvent et en leur assurant l'accomplissement plus ou moins parfait de leur fonction urinaire. Cette méthode, il est vrai, peut avoir des inconvénients, comme toute chose humaine; mais nous croyons qu'ils disparaissent devant les avantages qui en découlent.

Avant de commencer ce travail, nous tenons à adresser à M. le professeur Poncet nos remerciements les plus sincères pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé dans la composition de ce modeste ouvrage.

Que M. Curtillet, chef de clinique de M. Poncet, veuille bien accepter l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a montré.

Notre étude comprendra quatre chapitres :

Nous parlerons d'abord des fistules vaginales en général et nous insisterons surtout sur leur division en fistules curables et fistules incurables. Puis laissant de côté les premières, nous nous occuperons exclusivement des fistules incurables et nous exposerons les divers traitements qui ont été proposés et mis en pratique contre elles. En troisième lieu, nous décrirons la méthode de M. Poncet et nous en ferons voir les avantages, tout en

signalant les inconvénients. Nous publierons ensuite en détail l'observation qui a servi de base à cette étude et nous mettrons alors en relief le bénéfice que les malades retirent de cette nouvelle méthode de traitement des fistules vaginales incurables.

DE LA CRÉATION
D'UN
URÈTRE CONTRE NATURE SUS-PUBIEN
APRÈS FERMETURE DE LA VULVE
DANS LES FISTULES VAGINALES INCURABLES

CHAPITRE PREMIER

**Coup d'œil sur les diverses variétés
de fistules vaginales au point de vue de
leur traitement.**

On peut appeler fistules vésico-vaginales en général des ouvertures anormales qui établissent une communication entre différents points des organes urinaires et des organes génitaux de la femme.

Quelquefois d'origine traumatique ou pathologique, elles succèdent le plus souvent à un accouchement laborieux, qui a provoqué la mortification d'une partie plus ou moins étendue du canal génital. Le seul symptôme de ces fistules est l'écoulement de l'urine par le vagin, écoulement qui est parfois incessant et qui se manifeste d'ordinaire aussitôt après la délivrance. Le diagnostic en doit être complété par l'examen des parties au spéculum et par

l'injection dans la vessie de liquides colorés pour déterminer exactement le point où elles siègent.

Le plus souvent c'est la cloison vésico-vaginale qui subit la pression de la tête fœtale et qui se perfore, occasionnant une fistule vésico-vaginale. Il peut arriver que la vessie, à l'état de réplétion, reste élevée au-dessus du pubis, en entraînant l'urètre en haut ; alors, c'est ce canal qui se perfore et il en résulte une fistule urétro-vaginale. Verneuil¹ a signalé des fistules où le col de la vessie et l'urètre étaient simultanément intéressés.

Dans d'autres cas, le col de l'utérus communique avec la vessie et l'on a des fistules vésico-cervicales. Enfin, ces fistules peuvent se compliquer de la perforation de l'uretère. L'orifice vésical siège à 3 centimètres environ au-dessous du museau de tanche et ces canaux ont un court trajet intra-pariétal dans l'épaisseur même de la vessie. De ceci il résulte qu'une compression siégeant à l'union du tiers supérieur de la vessie et du tiers inférieur les intéresse et produise soit une fistule urétéro-utérine, soit une fistule urétéro-cervicale, selon que l'orifice anormal siège au niveau du col ou plus bas dans le vagin. Mais le plus souvent la perforation de l'uretère est une dépendance de la fistule vésico-vaginale, et de même les fistules urétéro-utérines ne sont guère qu'un cas particulier des fistules vésico-utérines ou vésico-cervicales.

Ces différences de siège des fistules entraînent avec elles des différences de traitement considérables. En effet, il y a des fistules que l'on peut appeler *curables*, parce qu'il est possible de les fermer par une opération directe.

¹ Verneuil, *Mém. de chir.*, t. I, p. 933.

D'autres, au contraire, sont *incurables* en ce sens que l'on peut supprimer ou atténuer l'infirmité qu'elles occasionnent, seulement par leur oblitération indirecte.

Les fistules curables sont ces fistules qui siègent sur la cloison vésico-vaginale à une certaine hauteur et qui respectent le col de la vessie. Leur ouverture n'est pas très grande et peut facilement être atteinte ; enfin, elles sont exemptes des diverses complications que nous énumérerons pour les fistules incurables. A ce genre de fistules appartiennent aussi les fistules vésico-cervicales et les fistules urétéro-vaginales. Contre ces fistules, les chirurgiens, depuis Von Roonhuysen et Jobert, en passant par Bozeman et jusque dans ces dernières années, ont imaginé un grand nombre d'opérations qui toutes consistent à oblitérer directement l'ouverture de la fistule, soit par suture après avivement, soit par autoplastie. Cette classe de fistules, ayant son traitement bien établi, ne nous occupera pas davantage.

On peut dénommer fistules incurables celles où la suture ou l'autoplastie n'offrent aucune chance de réussite par suite de certaines conditions. Ces conditions existent notamment quand la paroi uréthro-vaginale est largement détruite, le col la vessie atteint, le vagin rempli de tissu cicatriciel, quand la perte de substance offre des dimensions énormes et que les tissus qui l'entourent sont très altérés. L'adhérence de la fistule aux os du bassin, la destruction complète de la lèvre antérieure du museau de tanche, devant faire redouter la blessure du péritoine pendant l'avivement, sont aussi des conditions qui doivent contre-indiquer toute tentative d'oblitération directe. Les fistules urétérales, soit dans le vagin, soit dans le col,

présentent des difficultés particulières de traitement et leur oblitération expose même à des dangers pour peu que l'opération compromette la perméabilité du canal excréteur du rein. On est donc réduit à leur appliquer la méthode indirecte et ce sont dès lors des fistules incurables. Enfin, il est des fistules primitivement curables qui peuvent devenir incurables par suite des nombreuses opérations qui ont dû être pratiquées sans succès pour les oblitérer.

Nous nous trouvons ainsi en présence d'une nombreuse classe de fistules que l'on ne peut guérir directement. Pour remédier à cet état de choses, les chirurgiens ont imaginé divers procédés d'oblitération indirecte, qui ne remplissent pas cependant toutes les conditions désirables.

Ce sont ces opérations que nous allons maintenant passer en revue.

CHAPITRE II

Exposé des opérations employées jusqu'à ce jour contre les fistules incurables.

Ce ne fut qu'après bien des tentatives d'oblitération directe que les chirurgiens, renonçant à y parvenir, songèrent à une intervention qui pût guérir ou atténuer indirectement l'infirmité des fistules incurables. A Vidal de Cassis revient l'honneur d'avoir, le premier, proposé et mis en pratique un mode d'oblitération indirecte. Dans un rapport qu'il fit à la Société d'émulation en 1832, il annonça qu'il avait pratiqué l'occlusion vaginale par cautérisation pour une fistule vésico-vaginale dont il voulait faire la suture. Son opération, quoique faite par hasard et n'ayant pas réussi par suite de la destruction des adhérences établies entre la vessie et le vagin, lui donna cependant l'idée de la pratiquer volontairement. La même année, il tenta de nouveau l'oblitération du vagin par l'avivement sanglant et la suture.

Dans son *Traité de pathologie externe*, nous voyons

qu'il eut plusieurs fois l'occasion de mettre son idée en pratique ; mais il échoua toutes les fois.

La méthode de Vidal rencontra peu de partisans et beaucoup de détracteurs. Après lui, l'occlusion vaginale par cautérisation fut tentée plusieurs fois et sans plus de succès. Un procédé nouveau, l'infibulation, fut proposé par Bérard en 1845 et porté devant l'Académie de Médecine qui protesta énergiquement contre cette opération, sauf toutefois Velpeau qui avait lui-même indiqué un mode de suture particulier.

Il est vrai que les résultats n'étaient pas faits pour encourager les opérateurs. Les procédés employés, soit la cautérisation, soit la suture longitudinale après avivement, ne pouvaient fermer complètement le vagin et l'incontinence persistait toujours.

En 1856, G. Simon ¹ (de Rostok) publia ses trois premières opérations d'oblitération vaginale, dont deux avec guérison absolue. Pour ces opérations et les autres qu'il pratiqua dans la suite, il avait employé une méthode de suture transversale qui parut lui donner de bons résultats. Son procédé fut ensuite adopté par de nombreux chirurgiens et, en 1875, le professeur Hergott, de Nancy, parvint à réhabiliter devant l'Académie l'oblitération indirecte.

A partir de cette époque, on peut dire que l'essor fut donné à cette opération et les observations sont nombreuses jusqu'à nos jours où l'on voit indiquer l'occlusion vaginale comme traitement indirect des fistules vésico-vaginales incurables.

¹ G. Simon, *Deutsche Klinik*, 1856, n° 25, p. 357.

Si nous considérons dans quels cas les chirurgiens ont été amenés à faire cette opération, nous voyons que c'est pour des fistules siégeant pour la plupart sur la cloison vésico-vaginale. Il importe en effet que l'urètre ne soit touché en aucune façon, ou au moins le col de la vessie, car l'urine doit s'écouler par sa voie normale et aussi physiologiquement que possible. Ce que l'on cherche du reste par cette opération, c'est de supprimer cette incontinence d'urine si pénible. Mais si l'on parvient souvent à empêcher les urines de couler par le vagin, on n'arrive pas toujours à empêcher l'incontinence par l'urètre. En effet, on sait que la vessie, ne remplissant plus son rôle de réservoir urinaire, se rétrécit, et que ses parois augmentent d'épaisseur. Deroubaix ¹ admet qu'elle redevient dilatée après l'opération ; mais ce ne peut être que dans une petite mesure, insuffisante pour lui faire reprendre d'une façon parfaite son rôle normal. Du reste, pour éviter autant que possible l'incontinence d'urine ultérieure, la pratique opératoire demande que l'oblitération du vagin soit faite le plus haut possible et en dehors de l'urètre. Mais aussi il est recommandé, pour que l'avivement réussisse, qu'il soit fait sur des tissus bien vasculaires, et pour les rencontrer on est souvent obligé de descendre jusqu'à la vulve et de suturer au niveau même de l'urètre.

De sorte qu'en résumé cette méthode, si elle peut donner quelquefois de bons résultats, laisse souvent après elle une incontinence qui est aussi pénible pour les malades que celle qui résultait de la fistule elle-même.

¹ Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales chez la femme*, Bruxelles, 1870.

Cet inconvénient avait du reste frappé les chirurgiens et ils ont cherché par divers moyens à y porter remède. De plus, il y a des fistules où l'on ne peut même pas tenter d'arrêter l'incontinence d'urine par l'occlusion vaginale. Ce sont ces fistules qui siègent non seulement sur la vessie, mais sur l'urètre, et qui ont détruit ainsi plus ou moins complètement le col de la vessie. Le sphincter urétral n'existant plus, il est impossible que les opérées recouvrent jamais une fonction normale.

Pour ces divers cas, on a conçu l'idée d'enlever à la vessie son rôle de réservoir urinaire pour le confier au rectum. Il faut pour cela, en même temps que l'on pratique l'occlusion de la vulve, établir une fistule vagino-rectale.

C'est Maisonneuve¹ en 1851, qui le premier, de propos délibéré, chercha à créer une fistule de ce genre. Il pratiqua une ouverture au-dessus du sphincter anal, dans l'espérance que celui-ci pourrait retenir les urines. Mais la fistule se ferma spontanément et une nouvelle tentative pour établir une fistule périnéale fut suivie de la mort de la malade.

En 1862, Baker-Brown² eut à traiter une malade atteinte de fistule vésico-vaginale et vagino-rectale avec oblitération presque complète du vagin et destruction du col de la vessie. Il pratiqua à cette malade l'occlusion vulvaire laissant subsister les deux fistules et créant ainsi une voie rectale à l'urine.

Vers le même temps, Da Costa Cuarte³ préconise un

¹ Maisonneuve, *Cliniques chirurgicales*, Paris, t. II, 1865.

² Baker-Brown, *The Lancet*, 1862.

³ Da Costa Cuarte, thèse de Coïmbre, 1861.

procédé pour faire une ouverture au-dessus du sphincter anal.

Sous le nom d'oblitération rectale de la vulve, Rose reprit plus tard cette opération. Après avoir fermé la vulve, il se préoccupe d'assurer la perméabilité de la fistule vagino-rectale créée à peu de distance au-dessus de l'anus, en incisant la cloison recto-vaginale et en affrontant avec soin les deux muqueuses.

Plus récemment Cazin et Schroder ont eu recours à ce procédé et Fritsch a observé deux malades qui en avaient retiré un grand bénéfice.

Comme on le voit par ce rapide exposé, le procédé de l'abouchement dans le rectum après occlusion de la vulve a été proposé et pratiqué un assez grand nombre de fois. Mais les cas sont rares où il ait donné de bons résultats. Les deux malades de Fritsch, il est vrai, rendaient leur urine par l'anus sans en être incommodées. Bien plus souvent on a observé de graves accidents dus au passage des gaz et des matières fécales dans le vagin. En outre ces fistules recto-vaginales ont au plus haut degré un défaut commun à toutes les fistules créées artificiellement; elles ont une grande tendance naturelle à s'oblitérer et il est tout au moins difficile de les maintenir ouvertes.

Enfin nous avons vu que les fistules urétéro-utérines ou urétéro-vaginales demandaient aussi un procédé d'oblitération indirecte. Cette méthode indirecte consiste soit à oblitérer le canal génital au-dessous de la fistule, soit à extirper le rein du côté où siège la perforation de son conduit excréteur. Nous dirons tout de suite que la néphrectomie ne saurait être couramment employée à cause du danger qu'il y a à priver d'un de ses reins une

malade qui peut être atteinte d'un certain degré méconnu de néphrite ascendante bilatérale.

Le premier plan serait réduit à ses moindres inconvénients, s'il était possible de faire l'hystéro-stomato-kleisis ou oblitération du museau de tanche. Mais il faudrait, pour que cette occlusion fût sans danger, que la fistule urétérale fût latérale et non terminale ; or, au contraire, le bout du canal qui se retrouve entre la vessie et la fistule se rétrécit et tend à s'oblitérer. On a bien essayé de créer une fistule artificielle vésico-cervicale, permettant d'évacuer l'urine qui s'écoulait dans la matrice et aussi d'établir un uretère artificiel, sorte de canal latéral au conduit naturel oblitéré. Mais ces deux procédés employés par Zweifel n'ont donné aucun résultat favorable.

Reste alors l'oblitération du vagin après établissement préalable d'une communication artificielle entre ce conduit et la vessie. C'est le plan qui a été suivi par Hahn¹ le premier ; il avait pris soin de border la lèvre supérieure de cette ouverture en affrontant les muqueuses et d'en suturer la lèvre inférieure à la paroi postérieure du vagin pour assurer la béance de la communication vésico-vaginale. Plus tard Kehrer² dans une observation intéressante fit remarquer que, pour avoir une communication entre la vessie et le vagin, il est nécessaire d'inciser un disque d'environ 2 centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et d'en ourler les bords avec soin.

Mais l'oblitération du vagin dans ce cas est passible des

¹ Hahn, *Ber. klinische Woch.*, 1879, p. 397.

² Kehrer, *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 565.

mêmes reproches que nous lui avons déjà faits. Car souvent, nous l'avons vu, la fistule urétéro-vaginale n'est qu'une dépendance d'une fistule vésico-vaginale existant simultanément et aussi la fistule urétéro-utérine coïncide fréquemment avec une fistule vésico-cervicale. Dans ces conditions l'oblitération du vagin ne saurait donner de meilleurs résultats que dans les cas de fistules vésico-vaginales simples ; et du reste nous verrons, puisqu'il faut toujours rechercher le procédé opératoire le plus facile, quoique le meilleur, que l'occlusion de la vulve est bien préférable sous ce rapport à l'oblitération du vagin.

En résumé nous voyons que, si les procédés d'oblitération indirecte des fistules vésico-vaginales incurables peuvent rendre des services chez des femmes qui seraient abandonnées à leur malheureux sort, ils ne satisfont pas cependant complètement à toutes les conditions désirables. L'occlusion du vagin ne peut toujours se faire d'une façon complète et il reste souvent ou il se forme plus tard un petit pertuis qui reproduit l'infirmité. En outre, l'état des parties est tel que la vessie ne peut plus remplir son rôle et qu'il s'établit souvent une incontinence d'urine par l'urètre, entraînant autant de désagréments que celle qui provenait de la fistule. Enfin elle ne peut pas s'appliquer du tout aux cas où le col de la vessie est détruit. Dans ces dernières conditions la seule ressource pour les malades était l'opération de l'abouchement dans le rectum : mais elle donne trop peu de satisfaction et trop de crainte pour pouvoir être facilement employée.

En présence de ces résultats, nous allons exposer la méthode de M. Poncet, en en faisant ressortir les avantages.

CHAPITRE III

Méthode de M. Poncet.

La méthode proposée par M. Poncet se compose de deux opérations qui ont pour but de remplir une double indication. Il pratique d'abord la cystostomie sus-pubienne et crée un urètre contre nature, de manière à assurer d'une façon convenable l'écoulement de l'urine. Il ferme ensuite la vulve, oblitérant ainsi indirectement la fistule vaginale. Nous allons étudier successivement ces deux opérations.

I. CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

Sous ce nom, on désigne une opération qui a pour but l'établissement d'un urètre contre nature dans la région hypogastrique. C'est essentiellement la taille sus-pubienne avec suture des bords de la vessie et des bords de la paroi

abdominale. Elle a pour but de créer, non seulement un méat hypogastrique durable, mais un canal artificiel capable de jouer le rôle d'un urètre, c'est-à-dire de laisser l'urine s'écouler au dehors plus ou moins à volonté.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Poncet¹, au mois d'avril 1888, sur un malade atteint de rétention complète d'urine. Ensuite, il publia plusieurs observations d'opérations de ce genre qu'il avait pratiquées chez des prostatiques. En même temps, un chirurgien américain, Mac-Guire, faisait connaître un procédé semblable. En 1892, une thèse d'un élève de M. Poncet, M. le Dr Bonan, fut consacrée à cette opération qu'il préconisait chez certains prostatiques. Et une autre thèse soutenue à Paris, en 1893, vint en confirmer le succès. De plus, l'indication de la méthode a été étendue à la cystique tuberculeuse, et un travail de M. Ogier a montré quels services elle pouvait rendre dans certains cas.

Manuel opératoire. — La technique opératoire de la cystostomie sus-pubienne est à présent complètement fixée. Les deux thèses de MM. Bonan et Ogier renferment à ce sujet des instructions détaillées. M. le professeur Poncet² a donné lui-même des instructions précises.

La cystostomie, dont la plupart des temps opératoires sont ceux de la taille hypogastrique, comporte plusieurs soins préliminaires : évacuation du rectum, toilette parfaite du champ opératoire, etc. Les instruments nécessaires

¹ Poncet, De la création d'un urètre contre nature (*Lyon médical*, 1889).

² Poncet, Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne (*Sem. méd.*, 16 décembre 1893).

sont peu nombreux et les mêmes que ceux que l'on emploie pour la taille hypogastrique, sans extraction de calculs.

Pour rendre la vessie plus abordable, on a proposé divers moyens. M. Poncet rejette le ballon de Petersen comme inutile et dangereux. Les injections intra-vésicales ne sauraient être employées dans les cas de fistules vésico-vaginales. Du reste, M. Poncet déclare avoir souvent incisé des vessies vides sans blessure du péritoine. La position déclive du tronc, la tête en bas, rend de grands services. On peut la réaliser, soit avec un gros coussin suffisamment long et large placé au-dessous du siège ; soit mieux avec un lit spécial, le lit de Trendelenburg, dont M. Poncet ¹ a fait voir les avantages. Mais la seule position vraiment nécessaire est le décubitus dorsal.

Les deux points de repère importants sont la ligne ombilico-pubienne et le bord supérieur du pubis. Il faut faire ériger en haut le fond de la cicatrice ombilicale pour tendre la ligne blanche et empêcher que le bistouri ne s'écarte à gauche ou à droite.

Le chirurgien se place en dehors de la malade, plutôt à droite ; incisant de haut en bas, il pourra relever, avec l'index gauche, le cul-de-sac péritonéal. Un seul aide suffit ; placé en face de l'opérateur, il fait d'abord saillir la ligne blanche, puis s'occupe de l'hémostase et du passage des fils à suture.

L'opération comprend cinq temps successifs.

1^{er} temps. Incision cutanée. — Elle se fait suivant la direction de la ligne blanche, se terminant au bord supé-

¹ Poncet, Tables d'opération (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, décembre 1891).

rieur du pubis ; elle mesure 6 à 8 centimètres dans le sens vertical ; elle comprend la peau et la couche adipeuse sous-cutanée.

2^e temps. Incision de la ligne blanche. — Cette ligne, tendue par le crochet de l'aide, est incisée sur la pointe du bistouri ; il est préférable de s'arrêter en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'incision superficielle.

3^e temps. Recherche de la paroi antérieure de la vessie, refoulement du cul-de-sac péritonéal. — La ligne blanche étant incisée, on pénètre avec les deux index à travers la boutonnière musculaire formée par les muscles droits abdominaux. Si la vessie n'apparaît pas, ou si les droits forment une fente trop étroite, il faut pratiquer, au niveau de leur insertion au pubis, une incision longue seulement de 3 à 4 millimètres. On voit et on sent ensuite parfaitement la vessie au fond de la plaie. Pour éviter sûrement le cul-de-sac péritonéal, on pratique la manœuvre suivante : l'index gauche pénètre dans le tissu cellulaire prévésical, il reconnaît le bord supérieur du pubis, puis, se glissant sous sa face postérieure, il va jusqu'au col de la vessie. A ce niveau, recourbé en crochet, il suit la face antérieure de la vessie, soulevant tout ce qui n'appartient pas à cette paroi. Le cul-de-sac péritonéal est ainsi entraîné par en haut et maintenu dans cette position par l'index jusqu'à ce que la vessie ait été incisée.

4^e temps. Ouverture de la vessie. — Immédiatement au-dessous de l'index, on fait pénétrer de quelques millimètres la pointe du bistouri dans la paroi vésicale antérieure que l'on incise ainsi de haut en bas sur la ligne médiane dans une étendue de 10 à 12 millimètres. Aussitôt l'index gauche, abandonnant le cul-de-sac péritonéal qui

n'a plus rien à craindre, pénètre entre les lèvres de la plaie vésicale et sert de conducteur pour saisir chacune des lèvres avec une pince hémostatique.

On fait alors une toilette complète de la plaie hypogastrique.

L'incision de la vessie au voisinage du col a une grande importance au point de vue de la création d'un canal artificiel, car l'épaisseur des parties molles abdominales est d'autant plus grande que l'on se rapproche davantage du col et l'on a ainsi de meilleures conditions pour obtenir un canal d'une certaine longueur, 3 à 4 centimètres.

5^e temps. — Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale. — Cette suture répond à un triple but qui est, de s'opposer à l'infiltration urineuse des tissus voisins, de maintenir béante l'ouverture vésicale, de tapisser le canal artificiel d'une muqueuse qui devra plus tard s'opposer à son occlusion cicatricielle.

Les sutures seront faites de préférence avec des fils métalliques de moyenne grosseur, et au nombre de six. Chaque fil traversera de part en part la paroi de la vessie à 4 ou 5 millimètres du bord de l'incision, puis l'aponévrose le bord interne de chaque droit, le tissu cellulaire et la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords. Les fils doivent être modérément serrés et n'être tordus que lorsqu'ils sont tous en place. On peut rétrécir la plaie hypogastrique par plusieurs points et en haut en bas, pour éviter la formation d'un méat trop large.

L'opération est alors terminée ; elle ne doit durer que douze minutes au maximum. Si besoin en est, on pratique une irrigation intra-vésicale avec une solution boriquée à 4 pour 100. Il ne faut laisser dans l'urètre, la vessie ou

la plaie, ni sonde, ni drain; ce sont des corps étrangers qui n'offrent que des inconvénients et des dangers.

Le meilleur pansement est *l'absence de pansements*, c'est-à-dire que l'orifice vésical doit rester largement ouvert. On se contentera donc, comme pansement, lequel a surtout pour but d'absorber l'urine suintant incessamment, d'un large gâteau d'ouate hydrophile imbibé d'une solution antiseptique.

A partir de ce moment, il faut considérer la cystostomie comme une *noli me tangere*, les soins locaux qu'elle réclame sont des soins de propreté, rien de plus.

La cystostomie sus-pubienne est ainsi une opération facile; elle demande peu de temps et doit être considérée comme étant d'une grande bénignité et même d'une innocuité parfaite. Les deux seuls dangers de l'opération sont en effet l'infiltration urineuse et la blessure du péritoine. Or M. Poncet déclare ne les avoir pas observées dans plus de cinquante observations personnelles et toutes les précautions sont prises dans l'opération pour éviter ces accidents. Le pronostic de la cystostomie dépend en réalité des lésions des voies urinaires qui peuvent alors exister.

Résultats de l'opération. — Ces résultats ont été exposés par M. Poncet¹ et déterminés complètement par une note aussi intelligente que pleine d'esprit du regretté M. Diday² qui avait pu apprécier par lui-même les bienfaits de la méthode.

¹ Poncet, Fonctions de l'urètre contre nature après la cystostomie sus-pubienne (*Bull. méd.*, Paris, 1892, p. 725-727).

² Diday, La néomiction chez les cystostomisés; son mécanisme (*Lyon médical*, 1892).

Dans les premières semaines qui suivent l'opération, l'urine s'écoule à peu près constamment par le méat hypogastrique, mais cet état ne dure habituellement que trois ou quatre semaines, et la vessie paraît ensuite devenir tolérante. Le meilleur bénéfice de l'opération réside en effet dans la création d'un véritable canal qui supplée l'urètre insuffisant. Et ce canal doit remplir certaines conditions qui en assurent la continence; il faut qu'il soit suffisamment étroit, qu'il mesure une certaine longueur, qu'il ait une certaine obliquité, ce qui rend son occlusion plus difficile, enfin qu'il soit situé au milieu de tissus jouant vis-à-vis de lui, par leur tonicité, le rôle plus ou moins net de sphincter. Toutes ces conditions complexes demandent des précautions particulières et influent considérablement sur la fonction ultérieure de l'urètre contre nature.

Au point de vue de cette fonction, M. Poncet divise les cystostomisés en trois catégories.

Dans la première, il range ceux qui ne peuvent retenir qu'une petite quantité d'urine. Ces malades ont une incontinence qu'on peut difficilement pallier par un appareil. Chez eux, le méat est à fleur de peau, c'est un méat vulvaire; l'orifice est au même niveau que la peau avoisinante ou bien fait au-dessus d'elle, sous la forme de deux petites lèvres, une saillie plus ou moins marquée. Il ne s'est formé aucun canal; les deux orifices vésicaux et cutanés sont juxtaposés; il y a seulement un méat artificiel.

Dans la deuxième catégorie, rentrent les cystostomisés qui ne peuvent retenir leurs urines sans le secours d'un obturateur et chez qui les efforts et les mouvements un peu prononcés font jaillir l'urine par petits flots. Ici la cause de cette incontinence relative réside dans la brièveté

du canal nouveau, et dans sa direction horizontale ou très peu oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Dans ces deux cas, du reste, une part revient, dans l'incontinence, à l'état de la ligne blanche qui est plus ou moins large suivant les individus, d'où résulte un rapprochement plus ou moins parfait des bords internes des muscles droits.

Chez ces malades, la contention peut être obtenue au moyen de chevilles et de tiges obturatrices, que les malades enlèvent lorsqu'ils éprouvent la sensation de plénitude du réservoir. M. Poncet a fait construire par M. Martin, de Lyon, un appareil qui permet aux malades d'uriner à volonté. Ils doivent avoir la précaution d'évacuer leur vessie plusieurs fois par jour.

A la troisième catégorie appartiennent les cystostomisés qui, au bout d'un temps variant de quelques jours à deux ou trois mois, arrivent à retenir une grande quantité d'urine, et à n'uriner que toutes les quatre ou six heures. M. Diday¹ a montré en lui un bel exemple de cette continence, et il a donné la manière de la conserver et de l'améliorer. Au bout de trois mois, il pouvait uriner à volonté, sans avoir recours au cathétérisme, et l'urine s'écoulait par jets d'une assez grande force, sans qu'il contractât ses muscles abdominaux. Il conseille pourtant de n'évacuer la vessie que par le cathétérisme, pratiqué avec une sonde courbée, en argent, à mandrin. Il faut l'introduire rapidement jusqu'à une certaine distance, suivant la longueur du canal, puis lentement jusqu'à ce qu'un jet d'urine s'écoule, et la fixer alors entre les doigts; puis, quand le jet faiblit, la retirer promptement.

¹ Diday, *loc. cit.*

La rétention prolongée est due à ce qu'il s'est formé entre la vessie et la paroi abdominale un canal long de 3 centimètres au moins, très oblique en haut et en avant, et sans doute coudé en deux points, l'un tout près de la vessie, l'autre immédiatement au-dessus du pubis. Il est probable que cela tient au siège de l'incision vésicale, placée près du col, et au retrait progressif de la vessie, retrait qui a pour résultat d'étirer peu à peu le nouveau canal et de le couder, l'orifice vésical tendant à reprendre sa place normale dans le bassin.

D'après une autopsie faite par le professeur Tillaux, rapportée dans la thèse de Boutan, on arrive à cette conclusion que le nouvel urètre possédait deux sphincters : un, lisse, formé par les fibres musculaires vésicales entourant l'orifice vésical, et un strié, constitué par les muscles droits et une partie intermédiaire ou nouveau canal.

Mais, abandonné à lui-même, le nouvel orifice tend rapidement à se rétrécir et à se fermer ; il faut donc en surveiller le traitement consécutif. Non seulement on s'efforcera par le cathétérisme, pratiqué à l'aide de tiges en métal ou en ivoire et d'un calibre approprié, de lutter contre l'atrésie progressive du nouveau conduit urinaire ; mais on devra, par des sondages réguliers de ce canal, vider complètement la vessie et se prémunir par des lavages contre l'inflammation vésicale.

Quels sont, en définitive, les avantages de la cystostomie ? Considérons la statistique donnée par M. Boutan dans sa thèse. Sur douze survivants de l'opération — et la mortalité, nous l'avons vu, est subordonnée aux lésions vésicales qui font défaut dans le cas de fistules vésico-vaginales — cinq ont eu un urètre contre nature qui leur

permet de conserver leurs urines plusieurs heures sans appareil ; trois portent un appareil contentif suffisant ; quatre ont une incontinence complète. Ainsi les deux tiers peuvent retenir leurs urines, soit spontanément dans plus de la moitié des cas, soit au moyen d'un appareil. Près de la moitié des opérés ont un urètre convenable, équivalant à l'urètre normal. Ces résultats sont déjà très beaux et la proportion dans le sens du mieux ne peut que s'accroître par la suite, à mesure que les conditions et les procédés de l'opération sont mieux connus et mieux exécutés.

Ces conclusions de la cystostomie, qui s'appliquent à l'homme, doivent être un peu modifiées chez la femme. En effet, chez elle, les conditions sont quelque peu différentes au point de vue de l'organisation des tissus. Les grands droits de l'abdomen ont naturellement chez la femme une plus grande faiblesse, une moins forte tonicité que chez l'homme. De plus, l'accouchement crée chez elles une disposition particulière en produisant un écartement plus ou moins considérable de ces mêmes muscles. On a ainsi des conditions bien moins favorables pour la formation du canal sus-pubien ; car ce canal doit sa forme et sa constitution, pour la plus grande partie, aux muscles grands droits. Déjà M. Poncet avait remarqué, en pratiquant la cystostomie chez une jeune fille atteinte de cystite douloureuse, que la création d'un véritable urètre contre nature s'obtenait moins bien que chez l'homme. Il est encore plus difficile de l'obtenir chez une femme qui a eu des enfants ; et l'on sait que l'accouchement est la cause la plus fréquente de ces fistules.

Néanmoins, cette opération crée une situation bien meilleure aux malheureuses femmes atteintes de la triste

infirmité qui résulte de leurs fistules. Chez elles, il n'est pas à craindre de mortalité, puisque celle-ci est due aux lésions vésicales, qui résultent chez l'homme de l'hypertrophie de la prostate et de ses complications, et qui n'existent pas pour elles, et que, d'autre part, l'opération est d'une innocuité parfaite. Comme nous venons de le voir, on arrivera difficilement à leur refaire une fonction urinaire aussi bonne que celle dont M. Diday a vanté les charmes, c'est-à-dire à leur donner une vessie absolument continente et un canal muni de ses sphincters.

Mais on peut les faire bénéficier des avantages que retirent les opérés de la deuxième catégorie des cystostomisés. Elles seront dans l'obligation de porter un appareil qui préviendra du reste parfaitement l'incontinence ; et le port d'un appareil, que l'on peut toujours perfectionner, se supporte bien mieux que l'infirmité qu'il est destiné à faire disparaître.

Enfin, il pourra se trouver des malades dont l'incontinence persistera et ne sera que difficilement palliée par un appareil. Il semblerait que chez celles-ci, qui sont du reste en minorité, l'opération ne procure aucun avantage. Et cependant elles auront tout à gagner à la subir. Combien plus facile est pour elles de recueillir leurs urines suintant par le méat hypogastrique que par la vulve. Avant l'opération, elles étaient toujours souillées et exhalaient une odeur repoussante, ce qui était tout au moins gênant au point de vue social. Après, elles n'ont qu'à porter un urinal, ce qui n'offre pas, à beaucoup près, autant d'inconvénients. Elles ne sont plus exposées aux excoriations et aux érythèmes qui les tourmentaient, et peuvent prendre avec une grande facilité les soins

de propreté et de désinfection qui leur sont nécessaires.

En résumé, la création d'un urètre contre nature procure à ces femmes une situation bien meilleure que celle qu'elles avaient auparavant, quel que soit du reste, au point de vue fonctionnel, le résultat de l'opération.

II. OCCLUSION DE LA VULVE

Après avoir ainsi assuré le cours de l'urine d'une manière satisfaisante, M. Poncet se propose de fermer indirectement la fistule et pour cela, il pratique l'occlusion de la vulve.

Cette opération, qui avait été proposée comme moyen de guérison des prolapsus génitaux, a déjà été employée comme méthode d'oblitération indirecte des fistules vaginales incurables.

Schuppert, en 1858, pratique pour la première fois l'occlusion vulvaire; il laisse intact le méat urinaire et parvient à rendre complète la réunion des bords qu'il avait suturés.

Nous avons vu Baker-Brown pratiquer la même opération, mais en créant un diverticule rectal; d'autres après lui, Maisonneuve, Rose, l'imitèrent, mais sans obtenir de bons résultats.

B. Anger¹ fait deux fois l'occlusion vulvaire et a un succès au point de vue de la réunion des bords de l'orifice.

Le Double², dans sa thèse, en cite plusieurs observa-

¹ B. Anger, *Gaz. obst.*, Paris, 1875.

² Le Double, *Du Kleisis génital*, thèse, Paris, 1876.

tions. Le Dentu eut un insuccès. Rizzoli préconise cette opération en laissant à la partie supérieure un orifice pour l'émission de l'urine.

Nous voyons que les chirurgiens qui ont tenté cette opération ont réussi plusieurs fois à assurer la réunion des bords de l'orifice vulvaire, mais ils ont échoué à arrêter l'incontinence qui se faisait par le méat urétral et dont tous les inconvénients subsistaient. Cette opération est par elle-même insuffisante et en demande une autre complémentaire pour assurer le bon fonctionnement de l'excrétion urinaire. La déviation du cours de l'urine dans le rectum ne donne que de mauvais résultats, tandis que nous avons vu l'opération de Poncet assurer aux malades une fonction bien convenable.

L'occlusion de la vulve donne encore à cette méthode un grand avantage, parce qu'elle s'obtient beaucoup plus facilement que celle du vagin. La plupart des opérateurs se sont servis des petites lèvres pour les suturer, et dans ce cas l'opération n'était pas plus facile. Mais il vaut mieux utiliser les grandes lèvres, ce qui donne de bien meilleurs résultats au point de vue de la réunion complète des bords de l'orifice vulvaire.

Le procédé opératoire de cette occlusion consiste essentiellement dans l'avivement et la suture. On dissèque un anneau de muqueuse d'une largeur de 2 centimètres environ, en commençant la dissection de haut en bas et en ayant soin de tendre les petites lèvres, ou les grandes si on les utilise, à l'aide de pinces. Il faut soigneusement égaliser la surface de la plaie avec des ciseaux courbes. Ensuite on suture les deux lambeaux ainsi avivés, les sutures seront faites à la soie ou au crin de Florence; on

pourrait aussi employer le catgut. On passe autant de fils à suture qu'il est nécessaire, en les faisant cheminer sur toute la surface de la plaie ; les fils doivent être serrés avec le plus grand soin et en évitant, autant que possible, le chevauchement. En terminant, on place quelques points de suture superficiels avec des fils métalliques. Le pansement consécutif ne doit pas être compliqué, on saupoudre la plaie de poudre d'iodoforme et on la couvre d'une couche ou deux de gaze antiseptique. Les fils sont enlevés au bout de huit jours environ.

Cette occlusion vulvaire, qui est une opération facile et sans dangers et qui ferme bien le canal génital, n'est pas exempte de certains inconvénients qui appartiennent aussi du reste, à l'occlusion vaginale. L'urine, au contact des sécrétions alcalines du vagin et du sang des règles, laisse déposer ses sels, et des calculs de différente nature peuvent ainsi apparaître dans le cloaque formé par le vagin et la vessie. Cet accident qui se rencontre encore assez souvent, est facilement guéri par l'extraction des calculs et celle-ci peut se faire en rouvrant la vulve, quitte à la refermer ensuite, ou, s'il est possible, par le méat hypogastrique qui est alors une taille sus-pubienne toute faite.

Les premiers écoulements des règles après l'opération, en outre de la gêne qu'ils apportent en passant par une voie anormale, s'accompagnent quelquefois de phénomènes de cystite aiguë. Ce catarrhe disparaît d'ordinaire vers la quatrième ou cinquième menstruation et peut du reste être utilement combattu par des lavages intra-vésicaux faits par l'ouverture sus-pubienne.

Enfin l'on a reproché à ces méthodes d'oblitération du

canal génital, et plus à l'occlusion vulvaire, d'empêcher les rapprochements sexuels et la fécondation. Cela est certes vrai ; mais on ne pratique ces opérations que sur le consentement exprès et motivé des parties intéressées. Et du reste ces femmes ne fuiraient-elles pas plutôt tout rapport qui permettrait d'apprécier de trop près leur triste état. Quant à la fécondation, elle serait tout au moins difficile, vu l'état souvent lamentable des organes génitaux ; l'atrésie souvent considérable du vagin, l'existence de brides cicatricielles, la présence de l'urine l'entraveraient sûrement et mettraient aussi un obstacle à l'accouchement.

Au point de vue de la mortalité, cette opération n'offre pas plus de dangers, sinon moins, que les autres que l'on pratique pour ces fistules.

En définitive, nous voyons que l'occlusion vulvaire est une excellente opération, d'une exécution bien plus facile que l'occlusion vaginale, et donnant de très bons résultats post-opératoires, malgré quelques inconvénients que l'on peut supprimer ou atténuer. Mais cela n'existe que lorsqu'elle a pour complément la création d'un urètre contre nature sus-pubien qui rend la fonction urinaire troublée, telle qu'elle peut s'exécuter facilement pour le plus grand soulagement de la malade.

CHAPITRE IV

Observation

Marie B..., trente-cinq ans, journalière. Entrée le 8 juillet 1893. (Salle Sainte-Anne. Service de M. le professeur Poncet.)

La malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels on relève le rachitisme. Elle a marché à un an et n'a rien eu jusqu'à trois ou quatre ans. A cette époque la marche devint impossible ; des nouures apparurent aux membres supérieurs ; une incuvation en dedans se produisit au membre inférieur droit. La marche se rétablit peu à peu, mais il persista une légère claudication.

Elle a été bien portante dans la suite ; elle fut réglée à vingt ans et n'a présenté aucun trouble ultérieur de la menstruation.

A vingt-quatre ans, elle devint enceinte, sa grossesse

fut normale, l'accouchement eut lieu au neuvième mois. Les douleurs durèrent sept jours, le sixième jour un médecin avait été appelé, mais il ne put, paraît-il, appliquer le forceps. Abandonnée à elle-même, la malade accoucha vers la fin du septième jour, d'un enfant mort. Les suites de couches furent bonnes.

Immédiatement après cet accouchement, la malade s'aperçut qu'elle perdait constamment ses urines par le vagin.

Trois mois après, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet. On constatait alors une fistule qui comprenait l'urètre et la vessie et qui avait détruit le col de la vessie. M. Poncet essaya de fermer sa fistule par une opération directe. Elle fut un peu améliorée, et sortit de l'hôpital.

Elle y rentra de nouveau plus tard, mais sans tirer plus de bénéfice de son second séjour à l'Hôtel-Dieu que du premier, quoiqu'on lui ait fait subir encore quelques opérations. Il est à noter que, pendant ce séjour qui dura vingt-deux mois, elle eut une pleurésie purulente.

Elle rentre alors une troisième fois, le 8 juillet 1893. A ce moment on constate sur les membres, sur le tronc, une série de déformations d'origine rachitique. Le membre inférieur droit présente une incurvation en avant très marquée et a un raccourcissement de 3 à 4 centimètres.

Le bassin est considérablement diminué dans son diamètre antéro-postérieur. Sur le thorax existe un chapelet rachitique.

M. Poncet lui propose de lui pratiquer l'occlusion vulvaire et la création d'un urètre sus-pubien ; elle accepte, voulant, dit-elle, en finir avec sa triste situation.

Le 13 juillet, la cystostomie sus-pubienne est pratiquée d'après la méthode que nous avons décrite et se fait sans complications.

Ensuite elle subit cinq autres opérations qui ont pour but de lui assurer l'occlusion de la vulve; la dernière a été faite le 20 mars.

Pendant trois mois, elle n'a pas perdu une seule goutte d'urine par la vulve, quelque position qu'elle prenne. L'incontinence n'est pas tout à fait absolue par le méat hypogastrique; l'urine s'écoule par une sonde introduite dans la vessie; c'est une sonde de Pezzer.

Au commencement de mai, on lui applique un appareil qui doit lui permettre de garder ses urines. Pendant la nuit, elle est prise d'un besoin d'uriner qui la pousse à faire des efforts, et le lendemain elle s'aperçoit qu'elle perd de nouveau par la vulve. Elle enlève alors son appareil. L'incontinence par la vulve ne se produit que lorsqu'elle marche ou fait des efforts et est du reste peu prononcée.

Vers la fin de ce même mois, la malade voulant quitter l'Hôtel-Dieu, M. Poncet la fait venir sur le lit d'examen et constate la cause de cette nouvelle perte d'urine. Il existe, à la partie supérieure des petites lèvres suturées, une petite fistule qui laisse couler l'urine goutte à goutte; il y en a une autre plus petite, qu'on aperçoit à peine, à la partie moyenne. Séance tenante, M. Poncet propose à la malade de suturer ces deux petits trajets fistuleux; elle accepte et est aussitôt endormie au chloroforme.

M. Poncet avive dans une étendue de 2 centimètres la partie supérieure de la réunion des petites lèvres, avec le bistouri et les ciseaux. Puis il cautérise le petit trajet avec une aiguille rougie au feu pour que la mu-

queuse, en se déchirant, ne fasse pas agrandir la fistule. Une suture soignée est pratiquée sur les surfaces avivées avec du catgut, et une suture superficielle est faite avec des fils métalliques. La même chose est ensuite pratiquée pour l'autre petite fistule. La plaie, bien lavée avec une solution antiseptique, est saupoudrée de poudre d'iodoforme et couverte de gaze aseptique.

Ainsi voilà une femme qui avait déjà subi de nombreuses opérations et qui n'en avait retiré que bien peu de bénéfices, puisque son incontinence était à peu près toujours complète. Après l'opération faite par M. Poncet, elle ne perd plus par la vulve pendant trois mois. Par accident, deux petits pertuis se reforment, mais ils sont suturés avec le plus grand soin, et tout porte à croire que la réunion sera complète et durable. Elle perd encore par le méat hypogastrique et recueille ses urines au moyen d'une sonde de Pezzer. Mais l'appareil contentif, qu'elle n'a gardé qu'une nuit, lui sera de nouveau appliqué et elle bénéficiera alors complètement de l'amélioration qui lui a été apportée. Du reste, elle déclare hautement qu'elle préfère de beaucoup sa situation présente à celle qu'elle avait auparavant. Car elle n'est plus souillée par ses urines qu'elle recueille facilement dans un urinal, et elle peut prendre avec commodité tous les soins de propreté qui lui sont nécessaires.

D'après cet exemple, nous sommes persuadé que la double opération proposée par M. Poncet contre les fistules vaginales incurables ne peut que rendre bien meilleure la

situation des malheureuses femmes qui en sont atteintes, en les rendant d'abord plus supportables à elles-mêmes et aux autres, et en leur procurant une fonction urinaire qui, tout en n'étant pas très bonne, s'exécute plus facilement et plus proprement.

CONCLUSIONS

Les fistules vésico-vaginales, vésico-utérines, etc., en un mot les fistules vésicales qui s'accompagnent de l'issue constante de l'urine par l'ouverture vulvaire, peuvent se diviser au point de vue de leur traitement et de son efficacité en deux classes bien distinctes. Dans une première catégorie, se placent les fistules curables, c'est-à-dire justiciables d'une oblitération directe, et contre lesquelles la chirurgie de nos jours est bien armée, par suite surtout des progrès de la technique opératoire. La deuxième catégorie comprend les fistules incurables, c'est-à-dire qui ne peuvent être guéries directement par une opération autoplastique.

Les fistules incurables comprennent une classe assez nombreuse des fistules vaginales. Ce sont le plus souvent des fistules vésico ou uréthro-vaginales, alors que la perte

de substance est considérable et qu'il existe des brides, des adhérences, des cicatrices s'opposant à la réunion des bords de la plaie opératoire. La destruction du col de la vessie s'oppose également à la guérison avec continence. Certaines complications des fistules, et elles sont nombreuses, empêchent souvent qu'une fistule soit directement curable, tout en n'ayant pas détruit une partie essentielle de l'excrétion urinaire. Les fistules urétéro-vaginales se trouvent fréquemment dans ce cas, et il en est de même des fistules urétéro-utérines.

Quelle que soit la variété des fistules incurables, elles entraînent, par suite de l'écoulement incessant de l'urine, une infirmité, hélas ! bien connue, et nous n'avons pas à insister sur la triste situation des pauvres femmes qui, par suite d'une fistule vésico-vaginale, perdent toutes leurs urines.

Pour supprimer ou atténuer cette infirmité, on a proposé diverses opérations tendant à l'oblitération indirecte de la fistule. Ces opérations : occlusion du vagin, établissement d'une fistule recto-vaginale, etc., sont loin de répondre à tous les cas ; elles sont, la plupart du temps, insuffisantes, et quand elles n'exposent pas les malades à de nouveaux dangers, elles substituent à une infirmité dégoûtante un autre état qui ne l'est guère moins.

C'est dans certains cas de ce genre que nous croyons la nouvelle opération proposée et exécutée par M. Poncet appelée à rendre des services.

Sa méthode opératoire se compose de deux interventions successives à un intervalle plus ou moins éloigné.

Par une première opération, qui est la cystostomie sus-pubienne, dont il a particulièrement montré les avantages

chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, il établit dans la région hypogastrique un canal artificiel qui, à un moment donné, amènera le libre écoulement de l'urine.

Dans une deuxième opération qui est l'épisiorrhaphie ou fermeture complète du vagin et de la vulve, il s'oppose au passage de l'urine par la voie qu'elle avait suivie jusqu'alors.

En résumé, dans les fistules vésico-uréto-vaginales incurables ce sont celles dont nous parlons le plus volontiers, parce que c'est à propos de l'une d'elles que M. Poncet a imaginé sa méthode opératoire — il cherche, par l'occlusion de la vulve et la création d'un urètre sus-pubien, à constituer une nouvelle cavité vésicale dont l'évacuation pourra être réglée et qui, dans tous les cas, ne doit pas être simplement pour l'urine un lieu de passage.

L'idéal de cette double opération serait d'obtenir un urètre sus-pubien continent. Ce résultat pourrait être vraiment obtenu, comme chez les prostatiques, en se conformant à certaines règles de technique opératoire dont la principale, pour avoir un canal artificiel d'une plus grande longueur possible, est de pratiquer l'incision de la vessie aussi près de son col que faire se peut.

Nous manquons d'observation pour juger du résultat définitif au point de vue fonctionnel, d'une cystostomie sus-pubienne faite chez la femme. Il semble cependant à M. Poncet que chez les femmes — et c'est bien le cas de notre opérée — qui ont eu des enfants et dont la ligne blanche sous-ombilicale est distendue, les conditions de continence du nouvel urètre, continence dans le mécanisme de laquelle les grands droits rapprochés l'un de

l'autre jouent un grand rôle, sont moins favorables que chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, fonctionnellement parlant, du méat sus-pubien, les urines peuvent être retenues un certain temps dans la vessie, et dans le cas d'incontinence hypogastrique, un urinal peut être plus aisément appliqué et supporté. Enfin l'opérée, par certains soins de toilette qui lui sont plus faciles, peut mieux se mettre à l'abri des inconvénients et des dangers locaux d'une incontinence complète d'urine, telle qu'on l'observe dans les fistules que nous avons eues en vue.

La nouvelle cavité vésicale est en grande partie constituée par le vagin et par le col de l'utérus ; c'est dire que chez les femmes encore réglées, le sang menstruel s'écoule par le nouvel urètre. La constitution de cette nouvelle cavité vésicale, à laquelle l'utérus appartient en quelque sorte, exige, comme on peut s'en douter, des lavages, des irrigations fréquentes qui seront faciles par le méat sus-pubien. C'est par de tels moyens que l'on s'efforcera de lutter contre des accidents de stagnation et d'infection vésicale, qu'il faut toujours prévoir en de telles circonstances et qui se traduisent fréquemment, comme on le sait, sous forme de calculs phosphatiques. Cette dernière complication viendrait elle à se produire, que l'on en serait quitte, après avoir dilaté l'urètre sus pubien, à recourir à leur extraction.

BIBLIOGRAPHIE

- Pozzi. — Traité de gynécologie.
- Carret. — Du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion vaginale, thèse, Paris, 1883.
- Verneuil. — Mém. de chirurgie.
- Vidal de Cassis. — Traité de Pathologie externe.
- G. Simon. — Deutsche Klinik. Rostock. 1856.
- Maisonneuve. — Cliniques chirurgicales, 1865.
- Baker-Brown. — The Lancet, 1862.
- Le Double. — Du Kleisis génital, Paris, 1876.
- Malgaigne et Le Fort. — Médecine opératoire.
- Hahn. — Ber. klin. Woch., 1879.
- Kehrer. — Centr. f. Gyn., 1889.
- A. Poncet. — De la création d'un urètre contre nature sus-pubien, Lyon médical, 1889.
- Bonan. — Thèse, Lyon, 1892.
- Ogier. — Thèse, Lyon, 1892.
- Boutan. — De la cystostomie sus-pubienne, thèse, Paris, 1893.
- Poncet. — Manuel opératoire de la cystostomie, Sem. médicale, 1893.
- Diday. — La néomiction chez les cystostomisés, Lyon médical, 1892.
- Poncet. — Fonction de l'urètre contre nature après la cystostomie sus-pubienne, Bulletin médical, 1892.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Coup d'œil sur les diverses variétés de fistules vaginales au point de vue de leur traitement. . .	9
CHAPITRE II. — Exposé des opérations employées jusqu'à ce jour contre les fistules incurables	13
CHAPITRE III. — Méthode de M. Poncet : cystostomie sus-pubienne et occlusion de la vulve	20
CHAPITRE IV. — Observation	35
CONCLUSIONS	42
BIBLIOGRAPHIE	45

